Rev Esp Cardiol. 2019;72(Supl 1): 879

Revista Española de Cardiología

6039-346. EL INTERVENCIONISMO CORONARIO COMPLEJO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO NO SE ASOCIA A PEOR PRONÓSTICO

Alberto Cordero, Elías Martínez Rey-Rañal, M. José Moreno, Vicente Bertomeu González, Antonia Pomares Varó, Guillermo Torroba Balmori, Antonio Marco Melgarejo, José Moreno Arribas, Diego Cazorla y Vicente Bertomeu Martínez, del Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante (Alicante).

Resumen

Introducción y objetivos: La revascularización coronaria percutánea es de las bases del tratamiento del síndrome coronario agudo y en muchos casos es preciso la realización de intervencionismo coronario percutánea (PCI) complejo.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes ingresados de forma consecutiva en un único centro durante 5 años. Consideramos PCI complejo cuando se realizó intervencionismo en los 3 vasos, se implantaron ? 3 *stents* o > 60 mm de *stents*, se realizó una técnica compleja de bifurcación con 2 *stents* o se trató una oclusión completa.

Resultados: Incluimos 1.232 pacientes, edad media 67,9 (13,3) años, 77,1% varones, 47,7% SCACEST, puntuación GRACE media de 154,6 (46,8). La tasa de revascularización fue 91,3% y el 21,7% mediante un PCI complejo: 70,0% por implante de ? 3 *stents*, 70,0% por > 60 mm de *stents*, 27,3% por revascularizar 3 vasos, 20,6% por oclusiones complejas y 9,4% por oclusiones completas. Los pacientes tratados con PCI complejo presentaron significativamente más diabetes (38,6 frente a 30,0%), número de arterias coronarias con lesiones significativas (2,3 (0,7) frente a 1,4 (0,01)) y menos SCACEST (42,3 frente a 46,7%), sin otras diferencias clínicas, en el SCA ni en la utilización de vía radial (98,1%). Los pacientes tratados con PCI complejo recibieron más frecuentemente revascularización completa (RCC): 39,7 frente a 31,3% (p = 0,01). La mortalidad hospitalaria fue del 5,9%, igual en ambos grupos. No observamos diferencias en el tratamiento al alta salvo mayor utilización de ticagrelor (44,3 frente a 26,6%; p 0,01) en el grupo de PCI complejo. Tras el alta (mediana de seguimiento 24 meses), fallecieron el 8,1% de los pacientes, siendo la mortalidad por causa cardiovascular del 5,2%, y el 22,4% presentaron alguna complicación cardiovascular mayor (MACE). Los pacientes tratados con PCI complejo presentaron incidencias similares de complicaciones pero se observó menor tasa de eventos en los casos de RCC. El análisis de Cox, ajustado por las variables basales y teniendo en cuenta esta interacción, mostró que el ICP complejo con RCC se asociaba a menor riesgo de muerte por causa cardiovascular (OR: 0,50, IC95% 0,27-0,96; p = 0,03) y MACE (OR: 0,60, IC95% 0,39-0,92; p = 0,02).

Conclusiones: Una cuarta parte de los pacientes ingresados por un SCA precisan PCI complejo para obtener una revascularización óptima. La RCC debe ser el objetivo de la revascularización puesto que es lo que conduce a mejorías en el pronóstico.